

Situation clinique

L'escarre

Caroline Plaza (formatrice)

c/o L'aide-soignante, Elsevier Masson SAS, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Adresse e-mail : carolineplaza12@yahoo.fr (C. Plaza).

L'escarre est une lésion cutanée qui se forme très rapidement. Elle reste toujours fréquente de nos jours. Elle concerne toutes les personnes en immobilisation prolongée. La connaissance des facteurs de risque et la surveillance contribuent à prévenir son apparition.

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique¹ qui résulte de la compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. C'est une des complications de l'alitement. Elle peut survenir chez toutes les personnes qui se mobilisent peu : fauteuil roulant, intervention chirurgicale longue, alternance lit-fauteuil. Quel que soit le lieu de soins de la personne, les soignants doivent exercer une vigilance accrue.

Typologie des escarres

Il existe trois types d'escarres [1] :

- l'escarre accidentelle, liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience qui rend la personne incapable de se mobiliser ;
- l'escarre liée à une pathologie comme le diabète ou si le patient est atteint de troubles neurologiques. Surtout sacrée ou trochantérienne, l'indication chirurgicale est fréquente selon les caractéristiques (surface et profondeur), l'âge et les pathologies associées. Le risque de récurrence est élevé, d'où la nécessité d'une stratégie de prévention et d'éducation ;
- l'escarre plurifactorielle du sujet confiné au lit et/ou au fauteuil, polyopathologique, en service de réanimation, de gériatrie ou en soins palliatifs. Les localisations peuvent être multiples. L'indication chirurgicale est rare, le traitement est surtout médical. Le pronostic vital peut être en jeu.

Mécanisme et facteurs de risque

♦ **La pression par écrasement des vaisseaux sanguins entraîne un ralentissement du flux sanguin.** Les tissus se nécrosent. Le cisaillement est un phénomène de glissement des tissus les uns sur les autres chez un patient assis en position instable, ce qui fait subir aux tissus des forces verticales et tangentielles.

Le frottement représente l'abrasion directe de la peau, soit sur le plan du lit, soit sur une protection, et concourt également à la fragilisation cutanée. La macération souvent présente lors

d'incontinence et de port de change rend la peau plus fragile et sensible aux agressions.

♦ **Les facteurs de risque intrinsèques sont nombreux :**

- l'immobilisation prolongée (à partir de trois heures) chez des personnes ne pouvant plus bouger ou ne ressentant plus la douleur, typiquement dans les séquelles d'atteinte neurologique (accident vasculaire cérébral, lésion médullaire, etc.) ;
- l'altération de l'état de conscience ;
- l'âge, surtout les personnes âgées, mais aussi chez l'enfant alité en soins intensifs (points de contact du matériel utilisé) ;
- la dénutrition qui signifie que les besoins nutritionnels ne sont pas couverts ;
- la déshydratation ;
- les troubles vasculaires et/ou des échanges gazeux ;
- le diabète.

♦ **Les zones les plus exposées** sont le sacrum, les talons, les trochanters (protubérances du fémur, le petit et le grand), les coudes, les jambes, les malléoles, l'occiput (arrière de la tête) fréquent chez le nourrisson et en réanimation, les ischions (os qui supportent le poids du corps) chez les personnes assises comme les paraplégiques. L'utilisation prolongée de certains dispositifs médicaux peut en produire : sur la cloison nasale si sonde gastrique, le pénis si sonde urinaire, les oreilles si lunettes à oxygène.

Différents stades

La classification des stades de l'escarre est codifiée [2,3] :

- stade I : érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine ;
- stade II : abrasion, phlyctène ou ulcération peu profonde ;
- stade III : perte complète du tissu cutané (tissus graisseux visibles), ulcération profonde ;
- stade IV : perte tissulaire complète (muscle, os visibles) ;
- inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue.

Situation clinique

Situation de M^{me} F.

M^{me} F., âgée de 81 ans, ancienne comptable, vit en maison de retraite depuis le décès de son mari, il y a deux ans. Elle n'a pas d'enfant. Elle s'est bien adaptée à la vie institutionnelle et prend part aux animations. Elle réalise seule sa toilette ; deux fois par semaine elle demande de l'aide pour un bain de pieds.

Une hospitalisation et ses conséquences

Elle a un diabète de type 2. Elle possède toutes ses capacités intellectuelles.

◆ Depuis trois mois, elle est porteuse d'une prothèse au genou droit. Les suites opératoires ont été émaillées de complications :

- une mauvaise cicatrisation de la plaie due à une infection locale a prolongé le séjour en chirurgie ;
- un début de phlébite a retardé la reprise de la marche ;
- une chute sans gravité dans le couloir l'a incitée à rester dans sa chambre du service de soins de suite et ainsi à limiter ses déplacements.

◆ De retour en Ehpad, elle ne veut plus participer aux activités malgré les nombreuses sollicitations. Elle reste dans sa chambre la plupart du temps sauf pour le repas du midi où il faut l'accompagner. Elle refuse souvent de s'alimenter. Elle a perdu 10 kg depuis son intervention et pèse 47 kg pour 1,68 m ; son indice de masse corporelle (poids en kg/taille en m²) à 16,7 objective un état de maigreur. Elle est très anxieuse, irritable et dort très mal (insomnies chroniques). Son médecin prescrit un anxiolytique et lui propose de consulter la psychologue de la résidence.

Une douleur révélatrice

M^{me} F. a signalé aux soignants une douleur au sacrum qu'elle a, selon elle, depuis six jours et qu'elle l'évalue à 8 avec l'échelle visuelle analogique.

Son état cutané présente une ulcération peu profonde (stade II) au niveau du sacrum.

Une feuille de surveillance est mise en place pour y noter les soins réalisés et permettre un réajustement rapide si besoin.

Rôle de l'aide-soignante

L'infirmière a posé un pansement de type hydrocolloïde transparent au niveau du sacrum afin d'assurer une surveillance lors des changements de position ou des effleurages. Le pansement n'est pas changé tous les jours, selon le protocole de l'établissement, sauf s'il est décollé.

En collaboration avec l'infirmière, l'aide-soignante assure :

- l'actualisation du recueil de données ;
- une démarche éducative adaptée afin de limiter les complications et le développement d'autres escarres ;

- la vérification de l'état cutané aux différents points d'appui ;
- la propreté de la literie (plis, miettes, etc.) ;
- la surveillance du pansement à chaque change pour observer un éventuel écoulement, une odeur particulière qui peuvent être le signe d'une infection ;
- les changements de position toutes les trois heures au minimum (lit, fauteuil, marche) ;
- les effleurages préventifs aux différents points d'appui ;
- la surveillance de l'alimentation en quantité et qualité (respect du régime diabétique mais aussi augmentation des protéines pour favoriser la cicatrisation) et de la prise des compléments alimentaires prescrits par le médecin ;
- la surveillance de l'hydratation en proposant régulièrement à boire (1,5 L par 24 heures) en variant les boissons ;
- la pesée deux fois par semaine ;
- l'utilisation d'une échelle de douleur identique à chaque évaluation pour assurer une comparaison fiable.

Les transmissions orales et écrites auprès des différents professionnels s'effectuent dès qu'un événement se produit.

Épilogue

Quelques mois après cet épisode difficile, M^{me} F. a retrouvé un poids correct. L'escarre sacrée est bien cicatrisée. Elle a repris seule la marche et elle retourne désormais à ses activités sociales. Tout cela a été possible grâce à l'implication de chacun des membres de l'équipe dans son domaine de compétences.

Conclusion

L'escarre doit être une préoccupation quotidienne des soignants qui doivent identifier les facteurs de risques grâce à des échelles d'évaluation² des risques et selon le protocole du service. La prévention par l'observation et l'écoute de la personne reste un premier moyen d'éviter l'escarre. ●

Notes

¹ Ischémie : arrêt ou diminution de la circulation sanguine dans une partie du corps ou d'un organe.

² Échelles d'évaluation des risques d'escarres type Braden ou Norton...

Références

- [1] Haute Autorité de santé (HAS). Conférence de consensus. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 2001. www.has-sante.fr/jcms/c_271996/fr/prevention-et-traitement-des-escarres-de-l'adulte-et-du-sujet-age.
- [2] National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prévention et traitement des escarres : guide de référence abrégé. Perth (Australie): Cambridge Media; 2014.
- [3] Cordeiro A. Le rôle de l'aide-soignante dans la prévention de l'escarre. L'aide-soignante 2018;32(201):24-6.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.